

Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

via Archimede 179, 00197 Roma

tel. 068072063 - fax 0686703720.

E-Mail info@fioriti.it – www.fioriti.it

www.clinicalneuropsychiatry.org



res ipsa loquitur

Psichiatria: diretta da Alfonso Troisi

Indagine su un'epidemia

Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche
nell'epoca del boom degli psicofarmaci

di

Robert Whitaker

Edizione italiana a cura di
Giuseppe Tibaldi

Presentazione dell'edizione italiana

Non posso nascondere di aver provato un certo imbarazzo al momento di iniziare a scrivere questo contributo introduttivo ad un libro di cui ho promosso l'edizione italiana (condividendo la decisione con Giovanni Andrea Fava e Giovanni Fioriti). L'imbarazzo deriva dal fatto che il contenuto del libro di Robert Whitaker penetra, come un bisturi affilatissimo, nella carne viva della mia pratica professionale quotidiana, come pure della mia esperienza – ormai trentennale – di ricercatore impegnato nella valutazione delle luci e delle ombre dell'assistenza psichiatrica (in Italia, e non solo in Italia). Tornerò tra poco al contenuto “chirurgico” del libro, dopo aver accennato ad alcune delle ragioni che fanno da premessa alla decisione di proporne un'edizione italiana.

La prima di queste ragioni è il mio impegno, negli ultimi anni, a sostenere la piena legittimità, anche sul versante scientifico, di aspettative favorevoli nei disturbi mentali gravi. Questo impegno si è tradotto in varie iniziative, tra le quali la pubblicazione di un articolo dal titolo “Evidence Based Hope”, che ho scritto con una persona, Lia Govers, che ha attraversato l'esperienza personale della schizofrenia, per approdare ad una piena guarigione. La signora Lia ha descritto la sua storia in un libro “Un legame materno non si recupera più? Autobiografia di una schizofrenica guarita”. Uno

degli elementi che mi ha più colpito, leggendo il racconto di Lia Govers, è il risalto che ha dato alla mia decisione – concordata con lei e la sua famiglia – di arrivare ad una completa sospensione dei neurolettici, dopo qualche anno dal ricovero obbligatorio che le avevo imposto. È una possibilità – quella della sospensione futura dell’antipsicotico – che, attualmente, inserisco costantemente nel “contratto terapeutico” che cerco di stringere fin dalle prime fasi di un percorso che, a volte, prevede qualche anno di impegno comune. La cosa che mi ha colpito, in realtà, è che la signora Lia ha scritto che – dopo la sospensione – si sentiva molto più presente a se stessa, molto più in grado di partecipare attivamente al dialogo psicoterapeutico che, fino ad allora, l’aveva vista piuttosto passiva e “troppo stordita”. Dopo la sospensione aveva ripreso a sognare, ed a ricordare i sogni che faceva ed a parlarne con la psicoterapeuta (con la quale si era “alleata”, per accelerare – in qualche modo – i tempi della sospensione), oltre a sentirsi più ricca di iniziativa e di humour, nei rapporti interpersonali. Ancora oggi, molti anni dopo, qualche partecipiamo entrambi a qualche evento formativo, la signora Lia torna ancora a sottolineare l’importanza di quel passaggio verso la vita senza aloperidolo.

Proprio perché mi sono dedicato molto al tema della guaribilità, cercando di esplorare sia i fattori che favoriscono i percorsi positivi sia quelli che li ostacolano, una delle conclusioni cui sono arrivato, in questi ultimi anni – grazie alla lettura di tante testimonianze personali – è che le teorie che postulano un’origine biologica dei disturbi mentali gravi rappresentano un ostacolo evidente al mantenimento di aspettative favorevoli. Queste ipotesi – il libro di Whitaker ci fa capire in modo convincente che sono solo ipotesi, che non hanno trovato conferme scientifiche – spingono infatti a pensare che c’è qualcosa di rotto, irreparabilmente, dentro il cervello di chi soffre di questi disturbi; spingono ad un atteggiamento di ineluttabilità pessimistica; spingono a pensare che una persona “è schizofrenica” (e lo resterà), anziché a credere che “ha la schizofrenia” (che – come patologia temporanea – può anche passare). Questa è la seconda delle ragioni che mi hanno convinto dell’importanza del contributo di Robert Whitaker.

La terza ragione è che – negli ultimi dieci anni – si sono moltiplicati gli articoli che segnalano un progressivo aumento dei tassi di mortalità nei pazienti con disturbi schizofrenici e bipolari. Quando la mortalità aumenta, invece che diminuire, sta accadendo qualcosa di grave: l’esempio più vicino nel tempo è quello della Russia, dove la mortalità è cominciata a salire, bruscamente ed inaspettatamente, dopo il crollo del regime sovietico ed il passaggio all’attuale forma di governo. In questo momento, l’aspettativa di vita di chi soffre di questi disturbi ed assume antipsicotici per lunghi periodi di tempo, o a tempo illimitato, è – in media – da 16 a 25 anni più breve di quella dei propri pari. Questa stima è contenuta in un articolo del Lancet (una delle più prestigiose riviste mediche a livello internazionale) di due anni fa. La mortalità è in aumento per la crescita

progressiva delle complicanze cardio-metaboliche in corso di trattamento farmacologico (obesità, diabete, ipertensione, cardiopatie acute e croniche ecc.). L'articolo che ha dimostrato che il rischio di arresto cardiaco (da torsione di punta) aumenta in modo proporzionale alla dose di antipsicotici assunta è stato pubblicato dal New England Journal of Medicine nel 2009. Chi, come me, lavora nella prospettiva – condivisa da moltissimi operatori della psichiatria di comunità italiana – di un pieno recupero del ruolo sociale e lavorativo di queste persone, non può accettare – sul piano etico e professionale – che uno degli strumenti più utilizzati, nella pratica quotidiana, ci “remi contro” in modo così drammatico, rendendo potenzialmente inutile tutto quello che di “riabilitativo” abbiamo fatto nel frattempo.

L'ultima ragione che mi ha spinto verso la pubblicazione di questo libro è legata alla mia esperienza di ricercatore, che mi ha dato la possibilità di capire quali sono gli ingredienti essenziali – sul piano metodologico – per fare una ricerca scientifica di buona qualità. Oltre ad applicare queste regole nei gruppi di ricerca di cui ho fatto parte in passato – e di cui faccio parte oggi –, ho avuto modo di allenarmi a valutare ed a commentare la qualità scientifica degli studi pubblicati dalle riviste scientifiche, per alcune delle quali svolgo la funzione di revisore (referee). Grazie a questo allenamento, ho avuto l'incarico di valutare – negli ultimi anni – gli articoli che facevano da base per le richieste, agli enti regolatori internazionali, di autorizzazione all'immissione sul mercato dei nuovi antipsicotici. Sono rimasto letteralmente allibito nello scoprire quanto fosse scadente la qualità sostanziale della maggioranza di questi articoli, che vengono però dotati di un'eccellente qualità formale (essendo preparati da società specializzate nella produzione di articoli di buona qualità formale). Mi è stata data anche la possibilità di curare una breve serie di articoli sulle distorsioni metodologiche più eclatanti che sono alla base del tentativo di “creare” prove di efficacia a sostegno di questi nuovi farmaci, che hanno costi esorbitanti. Qui c'è il vero punto di contatto tra la mia esperienza personale e quella di Whitaker, il quale racconta – nella sua prefazione – che l'interesse per il mondo della psichiatria gli è venuto mentre curava una serie di articoli per il Boston Globe, sulle strategie poco etiche che venivano adottate nelle sperimentazioni psichiatriche. Una di queste scelte metodologiche, estremamente discutibili da tutti i punti di vista, è stata utilizzata più volte negli studi clinici relativi ai più recenti antipsicotici. Essa consiste nel creare un campione iniziale di 500 pazienti (è un numero a caso) cui viene somministrato l'antipsicotico da valutare; dopo una-due settimane ne sono rimasti solo 400 (perché 100 hanno interrotto il farmaco o hanno avuto effetti avversi); questi 400 vengono considerati il campione di cui presentare i risultati finali; tutti e 400 proseguono il trattamento per qualche settimana, fino a raggiungere una stabilizzazione del quadro clinico; a questo punto, 200 proseguono il trattamento farmacologico iniziale, mentre agli altri 200 il farmaco viene sospeso bruscamente, nel giro di pochi giorni (la

sospensione brusca – come è risaputo da tempo – è la forma di sospensione che determina il più elevato numero di ricadute); il gruppo cui il farmaco viene sospeso bruscamente viene definito, a questo punto, come “gruppo placebo” (incredibile, ma vero); i risultati vengono calcolati confrontando il numero delle ricadute nel gruppo che ha proseguito il farmaco con il numero delle ricadute nel gruppo cui il farmaco è stato bruscamente sospeso; la conclusione “scientifica” è che il farmaco valutato è efficace nella prevenzione delle ricadute. I rappresentanti dell’azienda portano ai medici una “sintesi” in italiano dei principali risultati dello studio, eliminando spesso la parte sulla metodologia dello studio che tanto è noiosa, e nessuno la legge. Sembra che non la leggano neppure coloro che decidono, poche settimane dopo, di inserire il farmaco in questione nel prontuario aziendale.

Ve ne sarebbero anche altre, di buone ragioni personali per pubblicare questo libro, ma voglio citarne solo una, molto personale e molto chiara. Il mio impegno sui temi della guarigione ha preso forma e coerenza negli ultimi 10-12 anni. Prima di allora ero uno psichiatra clinico “normale”, con una buona formazione psicomotricità (alla scuola milanese di Gaetano Benedetti) ed epidemiologica, che aveva fatto sicuramente propri i principi fondanti la riforma dell’assistenza avvenuta in Italia nel 1978 e cercava di valutarne l’impatto attraverso alcune ricerche, regionali e nazionali. Prima del 2002, quando ho iniziato a dedicarmi alla pubblicazione di testimonianze personali di persone guarite, ho seguito moltissime persone, nel mio Servizio. Una di esse è un’infermiera, che ha sofferto di una lunga fase di malessere, prima di riprendere in mano il filo della propria esistenza. L’ho re-incontrata nella pausa di un evento formativo che avevo organizzato io stesso, nel 2009, invitando Ron Coleman a parlarci del “diritto alla guarigione” ed intervenendo io stesso. Mi si è avvicinata, nella calca della pausa di pranzo, e – alludendo, senza mezzi termini, alla fase della mia vita professionale in cui lei era stata seguita dal mio Servizio – mi ha rivolto una semplice, ma terribile domanda: “Perché si è svegliato così tardi dott. Tibaldi?”

Ho detto, all’inizio, che il libro di Robert Whitaker entra come un bisturi nella carne viva della nostra esperienza professionale quotidiana perché ci propone una risposta articolata, e destabilizzante, ad una domanda essenziale, per chiunque entri a contatto (come operatore, come utente e come familiare) con l’esperienza del disturbo mentale grave. La domanda è questa: Qual è il rapporto tra rischi e benefici nel trattamento farmacologico a lungo termine? Formulata diversamente, la domanda diventa: nella prospettiva del recupero sociale, della “recovery”, quanto sono utili e quanto sono di ostacolo gli psicofarmaci? Per quanto tempo si debbono usare, se li si usa? A quali dosi? Va bene proporre un cocktail composto da uno (o due) antipsicotici, da uno (o due) antidepressivi, da uno stabilizzatore dell’umore, da un anti-parkinson, da una benzodiazepina

(cui si aggiungeranno, più avanti, un antiipertensivo, un antidiabetico, un ipocolesterolemizzante, ecc.)? Va bene che un paziente aumenti di almeno venti chili in pochi mesi e poi debba lottare perché non diventino quaranta, vedendosi limitato nella maggioranza delle attività quotidiane, comprese quelle riabilitative? Nella maggioranza delle linee guida internazionali domande come queste non trovano alcuno spazio, dato che ogni intervento viene esaminato isolatamente, sulla base di studi clinici di breve durata, senza discriminare adeguatamente tra gli studi di buona qualità e gli studi di pessima qualità. È sgradevole dirlo, ma coloro che hanno approfondito i “conflitti di interesse” degli esperti che preparano le linee guida internazionali hanno dimostrato che la percentuale di esperti con espliciti legami con le aziende farmaceutiche supera spesso l’80%.

Il problema più rilevante che il libro di Whitaker ci consente di affrontare è quello del rapporto diretto tra utilizzo dei farmaci a lungo termine e cronicizzazione dei disturbi mentali: non solo quelli schizofrenici, ma anche quelli depressivi e bipolari. La sua ricostruzione degli studi longitudinali che hanno preceduto l’avvento degli psicofarmaci e dei testi di psichiatria degli anni ’60 e ’70 ci permette di recuperare quello che era stato insegnato agli psichiatri della mia generazione nel periodo di formazione (che per me corrisponde agli anni ’80), prima dell’inizio dei viaggi collettivi ai Congressi Annuali dell’American Psychiatric Association. Prima di questa svolta – turistica ed epistemologica –, nelle Scuole di Specializzazione si imparava che la depressione era un disturbo ad evoluzione benigna (tranne nei casi di suicidio): dopo 3-4 mesi tendeva a regredire, spesso senza l’uso degli antidepressivi. L’indicazione, allora, era ad un trattamento con antidepressivi per 16 settimane, con aumento graduale della dose e riduzione graduale della dose, verso la fine delle 16 settimane. Il libro chiarisce che molte delle strategie di trattamento farmacologico attuali nascono da una negazione dei risultati delle ricerche di esito condotte in precedenza, che sono state considerate – da un gruppo qualificato di esperti internazionali – come primitive o metodologicamente inadeguate. Solo la delegittimazione di quelle ricerche poteva aprire la strada ai nuovi scenari epidemiologici: quelli che ci portano a credere che la depressione è una patologia a decorso cronico e ricorrente, con persistenza di sintomi residui anche nelle fasi intercritiche. Come Whitaker ci fa capire, questo scenario epidemiologico non è la premessa della strategia terapeutica a tempo indeterminato, bensì ne è la conseguenza diretta. L’uso degli antidepressivi ha modificato radicalmente il decorso dei disturbi depressivi, favorendo le ricadute, la persistenza dei sintomi sottosoglia, la spinta verso la maniacalità. Visto che ho appena accennato all’allarme suscitato dalle ricerche di esito che dimostrano una crescente mortalità cardio-metabolica, ho ragione di temere che qualche comitato di esperti internazionali possa, in un prossimo futuro, cercare di convincerci che esiste un nesso biologico tra la vulnerabilità al disturbo schizofrenico e quella alle patologie cardiache e metaboliche, tentando di spiegarci che una persona

che soffre di schizofrenia ha una predisposizione genetica latente verso una mortalità precoce. Spero di sbagliarmi.

L'immagine del bisturi, inoltre, è quella che meglio rappresenta il rigore chirurgico con cui Whitaker procede alla dissezione di molte delle convinzioni professionali più radicate tra gli operatori psichiatrici: in primis, quella che considera prevalenti i benefici del trattamento farmacologico continuativo rispetto ai rischi. La maggior parte dei capitoli del suo libro sono dedicati alla ricostruzione di come si sia venuta consolidando questa convinzione, nonostante le molte evidenze scientifiche che andavano nella direzione opposta. E la capacità dell'autore sta soprattutto nel non puntare un semplicistico indice accusatorio nei confronti delle aziende farmaceutiche, ma nel farci comprendere quanto abbia pesato il bisogno, acutissimo, della psichiatria di entrare a pieno titolo nel territorio della Medicina (con la Maiuscola) e quanto i farmaci abbiano favorito questa forma di "de-istituzionalizzazione" della psichiatria. In moltissimi Paesi è stato proprio grazie ai farmaci ed alle teorie neurochimiche che li seguivano (anziché precederli), che la psichiatria è potuta uscire dallo spazio – ormai delegittimato culturalmente – del manicomio, per entrare nello spazio incontaminato dell'Ospedale Generale. Le aziende farmaceutiche non hanno dovuto far altro che assecondare – con la loro inevitabile solerzia – questo bisogno, della psichiatria, di "reinserimento nella comunità" (medica e scientifica). Nel caso della psichiatria di comunità italiana, l'ingresso nell'Ospedale Generale era stato decretato – nel 1978 – dalla scelta del legislatore di collocare in questo spazio i reparti per acuti, gli unici che potevano accogliere i ricoveri in forma coercitiva. La trasformazione delle premesse e delle procedure del Trattamento Sanitario Obbligatorio era basata su una loro medicalizzazione: il paradigma di pericolosità era stato dissolto in quello dell'urgenza delle cure, cui il paziente si opponeva. In assenza di alternative extra-ospedaliere, si aprivano le porte del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: anche il nome dato a questi reparti lascia trasparire la spinta verso la medicalizzazione. Va detto, ovviamente, che la medicalizzazione era stata considerata, allora, come un possibile antidoto contro i rigurgiti di una cultura della segregazione dei disturbi mentali in spazi pseudo – ospedalieri, come i manicomi. I propugnatori della Riforma – sia pure con qualche riserva – consideravano il rischio di una lettura medicalizzante dei disturbi mentali come qualcosa di marginale e di facilmente evitabile; si era convinti che anche il farmaco fosse solo uno strumento secondario nella cassetta degli attrezzi dell'operatore psichiatrico territoriale. Al primo posto venivano, senza esitazioni, i diritti fondamentali di cittadinanza dei pazienti (alla permanenza nel contesto sociale, alla formazione ed al lavoro, alla partecipazione alle scelte che li riguardavano, ecc.); al secondo posto poteva essere collocata l'attenzione alla storia personale, alla ricostruzione dei significati – personali e familiari – della follia (grazie, anche, alla capacità di alcune scuole di psicoterapia di

“adattarsi” alle esperienze psicotiche ed ai nuovi contesti terapeutici). Il farmaco – e la cultura medicalizzante che si portava dietro – veniva per ultimo: gli veniva assegnato il ruolo di “facilitatore”, in quanto poteva contribuire a neutralizzare le fasi acute di crisi e poteva attenuare le tensioni e i conflitti che segnavano la fase di recupero verso un ruolo sociale attivo.

Nella pratica quotidiana di molti servizi, ospedalieri e ambulatoriali, questa gerarchia di valori e di priorità, individuali e collettivi, sembra venuta meno (anche se sul piano dei documenti ufficiali, delle dichiarazioni programmatiche, nessuno mette in discussione i principi fondamentali della Riforma). Sarebbe semplicistico attribuire alle aziende farmaceutiche un ruolo centrale in questo processo di trasformazione. Sarebbe semplicistico cercare un colpevole, cui addossare la responsabilità principale di questo depauperamento della cultura del disturbo mentale cui stiamo assistendo, come testimoni, e come attori diretti. Il depauperamento, però, c'è: la crescente importanza del farmaco e delle teorie biologiche che lo accompagnano corre parallela alla perdita di rilevanza delle teorie e delle pratiche quotidiane che puntano alla ricostruzione del significato dell'esperienza psicotica; corre parallela allo scarso interesse per il coinvolgimento effettivo dei familiari nel percorso di cura (solo un 10% dei servizi italiani offre interventi strutturati ai familiari dei pazienti “gravi”); corre parallela ad un minor interesse per la dimensione dei diritti di cittadinanza, come la casa, il lavoro, la qualità delle relazioni sociali: questi interventi, che un tempo erano patrimonio di tutta l'équipe, ora vengono spesso delegati all'assistente sociale (sempre che ci sia). Come ricordavo all'inizio, la centralità del farmaco corre parallela alla compromissione delle aspettative favorevoli nei confronti delle possibilità di guarigione, a quello che Ron Coleman definisce “il diritto alla guarigione”: se il cervello è rotto, se sono saltati i circuiti della dopamina, o della serotonina, allora “bisogna mettersi – tutti – l'anima in pace” e prepararsi ad una evoluzione sfavorevole (“Rassegnatevi, questo disturbo è inguaribile”: questa è la comunicazione che molti familiari si sentono fare, da molti esperti, nei primi mesi di trattamento del proprio figlio. Nel momento in cui la si fa ai familiari, lo si sta dicendo anche a se stessi. E questo è altrettanto drammatico). Sul piano quotidiano, porre una fiducia eccessiva nelle teorie biologiche e nel ruolo decisivo del farmaco coincide, molte volte, con un atteggiamento di sfiducia nei confronti delle capacità interiori del paziente (nei confronti di quella “parte sana” che è sempre presente e andrebbe sempre coltivata e valorizzata). Molte volte penso che la fiducia eccessiva nel farmaco finisca per promuovere anche un atteggiamento di sfiducia nei confronti di se stessi, come operatori della salute mentale. Se il farmaco è così importante, così decisivo, allora le nostre capacità umane, relazionali, psicologiche diventano un accessorio; l'aver fatto un percorso di conoscenza di se stessi, attraverso una psicoterapia individuale, diventa secondario.

La cultura della centralità del farmaco, che Whitaker ci mostra nella sua dimensione di messaggio-chiave di una campagna pubblicitaria mondiale a sostegno dell'espansione del mercato di questi prodotti, è pericolosa – a mio avviso – perché ha reso percepibile l'ombra del manicomio (che, a molti, sembrava definitivamente allontanata, con la Riforma del 1978). Abbiamo a disposizione decine di resoconti sul periodo del manicomio. Io sono particolarmente legato alle testimonianze di figure – come Alda Merini – che hanno saputo descrivere poeticamente l'abisso di abbandono in cui vivevano gli internati:

Viene il mattino azzurro, nel nostro padiglione: sulle panche di sole
e di crudissimo legno siedono gli ammalati,
non hanno nulla da dire, odorano anch'essi di legno, non hanno ossa né vita, stan lì con le mani
inchiodate nel grembo
a guardare fissi la terra

I nostri ammalati attuali odorano di dopamina? Me lo chiedo spesso, quando vedo arrivare persone che stanno seguendo cocktail di farmaci pesantissimi, che inibiscono tutte le possibili vie neurotrasmettitoriali, ma anche tutte le possibili capacità residue di chi le riceve. L'ombra del manicomio che riappare la vedo chiaramente nell'idea dell'inguaribilità: mi capita spesso di dire che l'inguaribilità è l'ultimo muro del manicomio, che non siamo riusciti a buttare giù. Certamente i farmaci (e le teorie dell'ineluttabilità biologica dei disturbi mentali) hanno ridato solidità e credibilità “scientifica” a questo muro. Ma – come ci dice Alda Merini – il manicomio era soprattutto disinteresse e spersonalizzazione. Disinteresse che sicuramente si manifestava nell'assenza di annotazioni sulla cartella clinica, ma soprattutto nella cancellazione del tempo della relazione interpersonale, nel mancato approfondimento della storia personale e familiare del singolo, nella centralità del sintomo sul suo significato (individuale e relazionale). Questa cultura del disinteresse è ancora tra noi, è sempre tra noi, è dentro di noi. Il farmaco svolge un ruolo negativo perché consente una riproposizione – tecnicamente aggiornata – di questa cultura, di questo rischio di compressione e svalutazione del tempo della relazione. Voglio fare qualche esempio che deriva dalla mia personale esperienza clinica quotidiana: quando, in ambulatorio, il tempo della relazione si allunga troppo (perché ho altre persone che mi aspettano o perché il “controtransfert” diventa difficile), allora tiro fuori dal cassetto il blocchetto delle prescrizioni e faccio capire che il tempo è scaduto. Se lo tengo sul tavolo e lo mostro fin dall'inizio del colloquio, iniziando a parlare di come va la terapia (farmacologica), il tempo della relazione è già finito, prima ancora che la persona si sia seduta. Se si incontra una persona che ha un'evoluzione lenta, difficile,

o cronica, parlare della terapia farmacologica è come parlare del tempo, evitando domande imbarazzanti e risposte imbarazzate.

Visto che vengo dalle Langhe, dove è nato Slow Food, potrei dire che la compressione del tempo della relazione interpersonale in psichiatria è rischiosa quanto la compressione del tempo da dedicare alla ricerca degli ingredienti più sani, alla preparazione ed alla degustazione del cibo. Tutti siamo consapevoli dei gravi rischi che comporta una dieta basata sul cibo veloce (il junk food): l'obesità infantile sta diventando un problema di salute prioritario. Slow Food ha saputo cogliere, e valorizzare, l'esigenza di non perdere la cultura della relazione con il cibo, con la zona da cui proviene un prodotto, con la stagione giusta in cui consumarlo. Sono convinto che, nel lavoro quotidiano degli operatori della salute mentale, gli ingredienti più sani sono rappresentati dalla personalizzazione del menu di interventi da proporre, dalla comprensione condivisa (anche con i familiari) delle radici dell'esperienza psicotica personale, dalla capacità di mettere sempre in primo piano le capacità, anziché le disabilità, di mantenere aspettative favorevoli, comunicandole fin dall'inizio. Le aspettative favorevoli convergenti (di operatori, di familiari e pazienti) sono risultate essere l'elemento predittivo più significativo (sui 30 presi in esame) di una successiva evoluzione positiva, in una ricerca condotta qualche anno fa da Luc Ciompi. Il farmaco può continuare a rientrare tra gli ingredienti principali del nostro lavoro quotidiano? Penso di sì, ma bisogna essere consapevoli che si tratta di un ingrediente "industriale" (meno genuino dell'attività fisica e del dialogo interpersonale) che va usato con cautela, perché presenta vantaggi temporanei e rischi a lungo termine. Il libro di Whitaker serve soprattutto a capire quanto grande debba essere la cautela necessaria e quanto fondati siano i rischi a lungo termine. La proposta di Whitaker, infatti, non è quella di rinunciare al farmaco, o di demonizzarlo, ma di farlo tornare ad essere solo uno dei tanti attrezzi della nostra cassetta professionale (non il più importante). Nel capitolo finale, sulle possibili soluzioni, vengono presentate alcune esperienze internazionali cui dobbiamo guardare con grande interesse: anche se è vero che in Italia si sono raggiunti modelli organizzativi che altrove sono ancora lontani, ciò non significa che le esperienze che vengono da lande remote, come la Finlandia o l'Alaska, non possano contribuire positivamente ad un rilancio della psichiatria di comunità nel nostro Paese; da semplice "psichiatria di comunità" potrebbe diventare "psichiatria delle relazioni e dei diritti nella comunità".

Avere aspettative favorevoli è meglio, anche in questo caso. Il problema è quello che mi ha posto l'infermiera, che era stata paziente del mio Servizio, nella pausa del convegno con Ron Coleman: "Perché si è svegliato così tardi, dott. Tibaldi?".

Il libro di Whitaker può essere, per tutti coloro che lo leggeranno (operatori ed amministratori sanitari, familiari e persone con un'esperienza diretta del disturbo), un'ottima sveglia. Approfittatene!

Indice

Presentazione dell'edizione italiana

Giuseppe Tibaldi

Prefazione

Parte I. L'epidemia

Capitolo 1. Una peste moderna

Capitolo 2. Le riflessioni che nascono da alcune esperienze personali

Parte II. La scienza degli psicofarmaci

Capitolo 3. Le radici di un'epidemia

Capitolo 4. Le "armi letali" della psichiatria

Capitolo 5. All'inseguimento di uno squilibrio chimico

Parte III. Gli esiti dei trattamenti

Capitolo 6. Un paradosso da svelare

Capitolo 7. La trappola delle benzodiazepine

Capitolo 8. Una patologia episodica diventa cronica

Capitolo 9. Il boom della malattia bipolare

Capitolo 10. Le ragioni dell'epidemia

Capitolo 11. L'epidemia si diffonde anche ai bambini

Capitolo 12. Lasciate in pace i bambini

Parte IV. Come si spiega un delirio

Capitolo 13. La nascita di un'ideologia

Capitolo 14. La storia che ci è stata raccontata e...quella che ci è stata taciuta

Capitolo 15. Calcoliamo i profitti

Parte V. Possibili soluzioni

Capitolo 16. Progetti di riforma

Epilogo

Note

Ringraziamenti

Appendice

Postfazione

Psicofarmaci: sulla necessità di rompere un tabù e contrastare il riduzionismo biologico
nel campo della salute mentale
di Raffaella Pocobello e Cristiano

Copertina di Tiziano Zuliani

prezzo: € 26,00, pp. 392

ISBN: 978-88-95930-72-5

info@fioriti.it

www.fioriti.it